

FACULTE DE MEDECINE PARIS — LARIBOISIERE SAINT LOUIS

PARIS VII

ANNEE 1971

N°

171

T H E S E

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Jacques SERENI

né le 14 Octobre 1941 à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le : 1971

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT DES FEMMES NEES
DANS LA PENINSULE IBERIQUE

Président : P. MORIN, Professeur.

A mes parents.

A ma femme.

A mon fils.

**dont les constants sacrifices nous permirent
de mener à bien nos études de médecine.**

A Monsieur le Professeur P. MORIN
Chef de Clinique Obstétricale
Chef du Service de Gynécologie-obstétrique
du C.H.U. Lariboisière.

**Que cette thèse, dont il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence, soit le témoignage de notre
respectueuse admiration, et de notre très profonde
gratitude.**

A Monsieur le Professeur F. WOLFF
Chef de l'Institut d'Anatomie
Chât. de la Faculté de Médecine
27 rue de la Chapelle

Mon cher Monsieur, dont il me a fait le grand honneur
de m'adresser sa précieuse lettre, son témoignage de haute
appréciation de mon enseignement et de mon travail
scientifique.



A Monsieur le Professeur J. VARANGOT

**Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris.**

Chef de Service de la Maternité de Port-Royal.

**Il nous a accueillis dans son service, et prodigué un
enseignement précieux qui fut décisif dans le choix
de notre carrière.**

**Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre
profonde et respectueuse reconnaissance.**

A Monsieur le Docteur HANON

Gynécologue-accoucheur des hôpitaux de Paris.

**Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique de
la Maison Départementale de Nanterre.**

**Il nous a accueillis dans son service et c'est grâce
à lui que nous nous sommes perfectionnés en
obstétrique.**

**Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance
pour son enseignement.**

A Monsieur le Docteur TORRE

**Gynécologue-accoucheur, chef de Service de
l'hôpital de Neuilly-sur-Seine.**

**Riche d'une immense expérience, il nous fit connaître
et aimer la pathologie obstétricale.**

**Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a
beaucoup aidé à la réaliser.**

**Qu'il trouve ici le témoignage de notre profond
attachement.**

A Monsieur le Docteur LE LOUET

Gynécologue-accoucheur de l'hôpital de Meulan.

**En remerciement de l'enseignement
précieux reçu dans son Service.**

**Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse et sincère amitié.**

A tous nos Maîtres d'Externat.

A nos Professeurs de Faculté.

En remerciement de leur enseignement.

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement dans les maternités françaises des femmes de nationalité étrangère transplantées dans notre pays, posent souvent des problèmes obstétricaux particuliers.

C'est toutefois ce que nous a appris une expérience obstétricale essentiellement acquise dans les maternités de la périphérie parisienne, où ces femmes résident le plus souvent.

Les femmes nées dans la Péninsule Ibérique représentent une catégorie importante parmi les parturientes étrangères que nous suivons .

Il nous a semblé intéressant de rassembler un certain nombre d'observations relatives à la grossesse et à l'accouchement des Espagnoles et des Portugaises résidant en France.

Bien entendu, cette étude se limite aux femmes nées au Sud des Pyrénées, et non à celles dont seules les origines sont ibériques.

Nous avons ainsi étudié 500 dossiers d'accouchements, datant tous de moins de 3 ans, recueillis dans les différents Services où nous avons eu le privilège de pouvoir exercer les fonctions d'Interne :

- 375 observations recueillies dans le Service du Docteur TORRE à l'hôpital de Neuilly sur Seine.
- 50 observations prises dans le Service du Docteur HANON, à la Maison Départementale de Nanterre.
- 50 observations provenant de la Maternité de l'hôpital de Meulan (78) Service du Docteur LE LOUET.
- 25 observations prises à la Maternité du British Herford Hôpital de Paris, dont le Docteur TORRE est Chef de Service.

ETUDE DES DOSSIERS

PLAN

A/ Nature de l'échantillonnage.

- 1/ Nationalité et parité.
- 2/ Activité socio-professionnelle des parturientes.

B/ Antécédents d'avortements.

C/ Pathologie de la grossesse et des suites de couches.

- 1/ Toxémie gravidique.
- 2/ Infection urinaire.

D/ Conditions de l'accouchement.

- 1/ Climat psychologique
- 2/ Age de la primiparité.
- 3/ Durée du travail chez la primipare
- 4/ Interventions obstétricales dans les présentations du sommet chez la primipare.
- 5/ Intervention chirurgicale : La Césarienne
- 6/ Etude des bassins
- 7/ Les présentations
- 8/ Place de l'accouchement prématuré
- 9/ Mortalité péri-natale
- 10/ Poids des enfants à terme
- 11/ Problème de l'allaitement

NATURE DE L'ECHANTILLONNAGE

NATIONALITE ET PARITE

Parmi ces 500 parturientes :

- 314 étaient de nationalité espagnole
- 186 de nationalité portugaise.

Soit une répartition d'environ 5 espagnoles pour 3 portugaises.

Deux groupes doivent être distingués. Celui des primipares qui sera plus particulièrement étudié, et celui des multipares.

Il y a 231 multipares, 142 espagnoles et 89 portugaises. Chez ces femmes dont la parité varie entre 2 et 10, la technique obstétricale pose généralement peu de problèmes, et est généralement guidée par les antécédents.

269 dossiers concernent des primipares. Il s'agit là de femmes primigestes qui accouchent pour la première fois d'un enfant viable en ce qui concerne son terme.

Parmi ces primipares :

- 172 sont espagnoles
- 97 sont portugaises

L'étude des conditions d'accouchement de ces 269 femmes occupera la plus grande partie de cette thèse.

ACTIVITE SOCIO-PROFESSIONNELLE DES PARTURIENTES

Il est tout d'abord fondamental de situer l'échantillon de population sur lequel a été effectué ce travail.

En effet, il s'agit avant tout de populations d'origine modeste, appelées à quitter un pays d'où le manque d'emploi les chasse.

Il est donc évident que cet échantillon ne reflète en aucune façon l'ensemble de la population des pays envisagés.

La répartition suivante montre une nette majorité d'employées de maison, dont le total de 247 avoisine les 50 % :

ESPAGNOLES :

— Employées de maison	182
— Sans profession	97
— Ouvrières	3
— Autres professions	32

PORTUGAISES :

— Employées de maison	65
— Sans profession	90
— Ouvrières	19
— Autres professions	12
	500

187 femmes sont sans profession, soit 37% environ, ce sont bien entendu surtout des multipares, dont le mari est le plus souvent ouvrier, soit dans le bâtiment, soit dans l'industrie automobile.

ANTECEDENTS D'AVORTEMENTS

Sur les 500 femmes interrogées, 67 avaient fait un ou plusieurs avortements avant leur grossesse actuelle.

Il est bien entendu difficile d'affirmer la spontanéité ou au contraire le caractère provoqué de ces avortements.

On peut cependant estimer que, chez ces femmes, d'origine méditerranéenne, généralement catholiques, 80% des avortements notés dans les antécédents étaient spontanés. Cela correspond sur les 500 dossiers à 19% d'avortements spontanés, ce qui est un pourcentage non excessif, et 3,5% de fausses couches provoquées, ce qui est relativement faible.

Cependant les chiffres sont un peu différents si l'on distingue les Espagnoles des Portugaises :

-- Espagnoles : 50 sur 314 soit 15,9%

-- Portugaises : 17 sur 186 soit 9,1%

Il semble donc exister une plus grande tendance à l'avortement chez les parturientes espagnoles.

D'autant plus que le régime alimentaire traditionnel de ces femmes est à base de plats hypoprotidiques, très épicés et très salés. La consommation des aliments en conserve est également très répandue. Il convient donc de constater qu'il s'agit là d'une alimentation peu favorable pour une femme enceinte.

Les examens obligatoires étant le plus souvent les seuls auxquels se présentent ces femmes, le dépistage des petits signes de début de la maladie est souvent impossible et l'on voit ces femmes à un stade trop tardif.

Ainsi sur notre échantillonnage de 500 dossiers on a noté deux hématomes rétro-placentaires certains, avec TA maxima à 19 et 24, et une crise d'éclampsie typique. Dans les trois cas il s'agissait de primipares espagnoles.

INFECTION URINAIRE

L'infection urinaire peut survenir au cours de la grossesse ou dans les suites de couches.

On s'est limité aux seuls cas pour lesquels un diagnostic cyto-bactériologique avait été fait sur les urines de la femme.

Trente infections urinaires certaines, le plus souvent à colibacille, ont été constatées, soit un pourcentage général de 6%.

Ont été éliminées de ce cadre : les cystalgies, les dysuries, les pollakiuries non étiquetées.

CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Les modalités de l'accouchement seront, afin de clarifier l'exposé, essentiellement étudiées à partir des 269 dossiers de primipares.

Cependant, en ce qui concerne la césarienne, les présentations, et l'accouchement prématuré, on fera intervenir les 231 observations de multipares, en les distinguant des précédentes.

CLIMAT PSYCHOLOGIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

L'origine méditerranéenne de ces femmes est déjà, à elle seule, un handicap obstétrical.

En effet, la douleur ressentie lors des contractions utérines est volontiers amplifiée par une hyperexcitation neuro-psychique, de traduction généralement bruyante.

Le mauvais relâchement musculaire s'accompagne le plus souvent d'un mauvais relâchement de l'utérus entre les contractions.

La notion ancestrale de « l'enfantement dans la douleur », très répandue dans les pays latins favorise elle aussi l'accouchement dramatique.

Cette même notion est un obstacle textuel à l'accouchement psycho-prophylactique, plus connu du public sous le nom de l'accouchement sans douleurs.

Les problèmes linguistiques sont très importants, tant au niveau de la préparation psychologique à l'accouchement, qu'au moment du travail, au cours duquel il est souvent illusoire de compter sur une coopération de la femme, en particuliers lors de l'expulsion. Et cela, parfois même en dépit d'une bonne volonté de la parturiente, cachée derrière une incompréhension totale de la langue française.

Cette compréhension difficile de notre langue fait qu'il est assez rare de voir assister aux cours de préparation à l'accouchement des femmes espagnoles ou portugaises.

Ainsi, ces femmes, dès leur entrée en salle de travail, se trouvent dans des conditions psychologiques peu favorables à une franche eutocie.

AGE DE LA PRIMIPARITE

Si l'on s'en tient aux critères classiques, fixant à 31 ans l'âge à partir duquel une primipare peut être considérée comme âgée, on constate que parmi les Espagnoles, 37 parturientes, soit un pourcentage de 21,4%, répondent à cette définition.

En ce qui concerne les femmes portugaises, le pourcentage est plus faible, de l'ordre de 12% environ.

Cependant, l'âge de plus grande fréquence de la primiparité est identique dans les deux populations, comme on le constate sur le graphique ci-après.

C'est en effet à 24 ans que ces femmes accouchent le plus souvent pour la première fois.

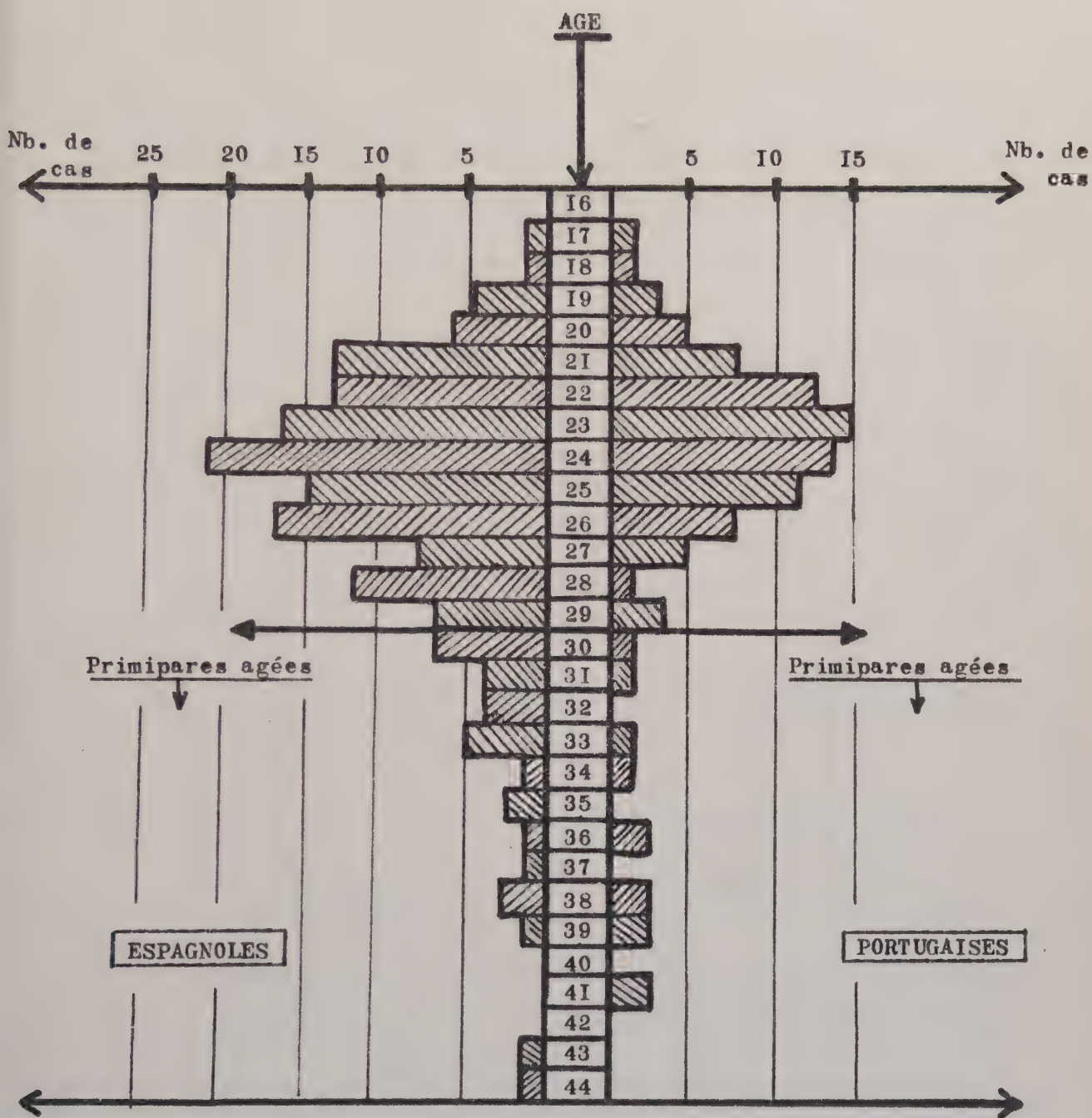
La répartition par tranches d'âge de 5 ans s'établit donc ainsi :

— Pour les Espagnoles :

Moins de 20 ans :	7 soit	4%
De 20 à 24 ans :	69 soit	40%
De 25 à 29 ans :	59 soit	34%
De 30 à 34 ans ::	24 soit	14%
De 35 à 39 ans :	10 soit	6%
40 ans et plus :	3 soit	2,7%

— Pour les Portugaises :

Moins de 20 ans :	7 soit	7%
De 20 à 24 ans :	50 soit	51%
De 25 à 29 ans :	28 soit	29%
De 30 à 34 ans :	4 soit	4%
De 35 à 39 ans :	6 soit	6%
De 40 et plus :	2 soit	2%



AGE DES PRIMIPARES

DUREE DU TRAVAIL CHEZ LA PRIMIPARE

Les critères cliniques concernant le début du travail obstétrical n'étant pas les mêmes selon les différents auteurs, un choix a été fait pour cette étude et dans un but de simplifications, on a retenu comme symptomatologie initiale l'apparition des premières contractions utérines.

En effet, les modifications du col, si elles sont plus objectives, ne sont pas utilisables lorsque la femme est vue à un stade de dilatation déjà avancé, ce qui n'est pas rare.

Bien entendu, sur les 269 primipares étudiées, certaines ont accouché sans le secours de thérapeutique médicamenteuse, alors que d'autres ont reçu des antispasmodiques et des ocytociques. La durée du travail sera donc évaluée d'une manière globale.

On a tenté de représenter sur un graphique les résultats obtenus, en portant en abscisse la durée du travail et en ordonnée le nombre de cas relevés sur nos 269 primipares.

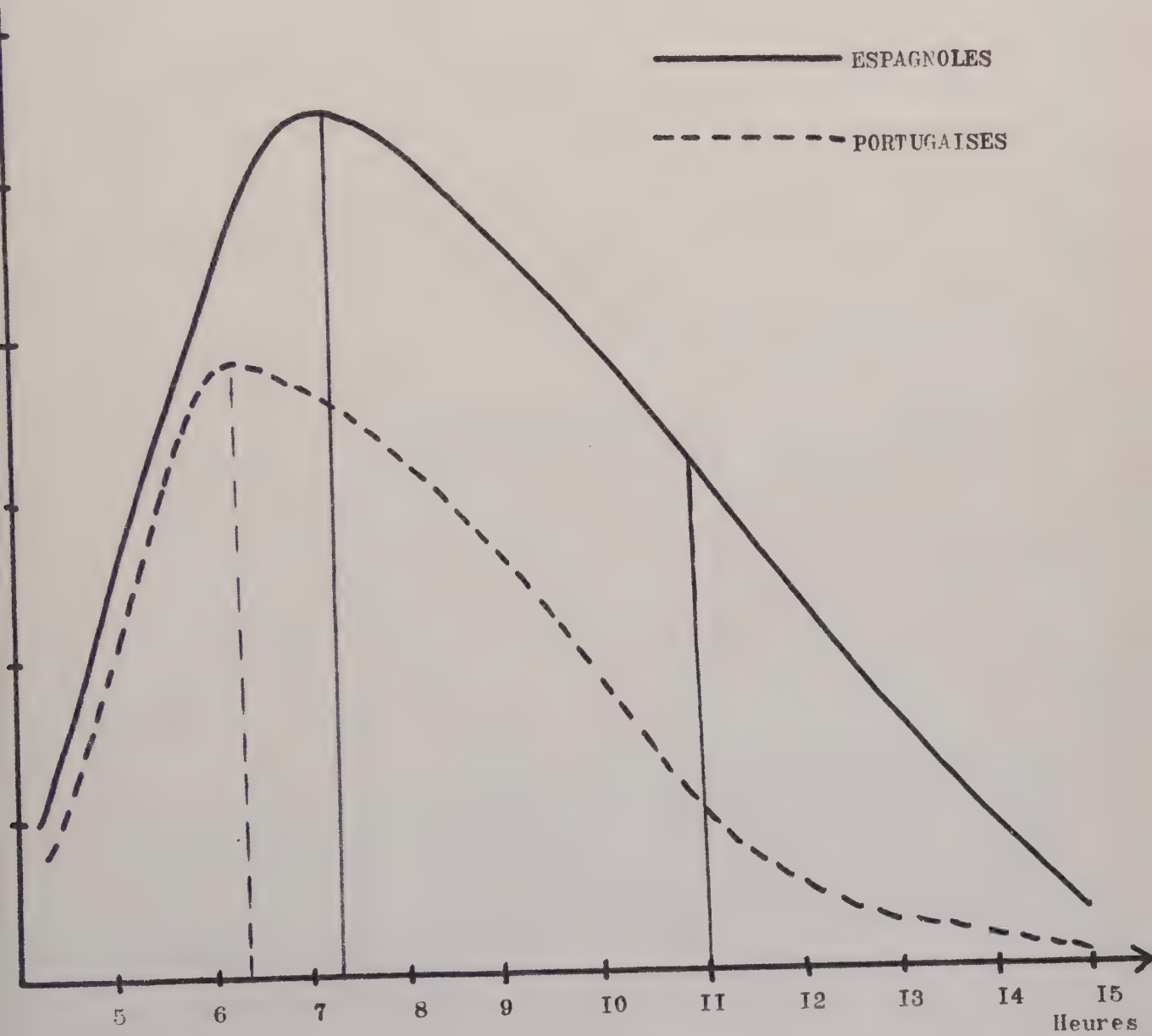
Les deux courbes ainsi obtenues, une concernant les Espagnoles et l'autre les Portugaises, peuvent être assimilées à des courbes de Gauss, le sommet de la courbe représentant la zone de plus grande fréquence.

Ces deux courbes, à priori semblables, diffèrent pourtant sur trois points :

- Une différence d'amplitude correspondant au nombre inégal d'Espagnoles (172) et de Portugaises (97).
- L'amplitude maxima de la courbe correspond à un travail de 7 heures 20 minutes pour les femmes Espagnoles, contre 6 heures 20 minutes pour les femmes Portugaises.
- Au-delà de 11 heures de travail, on constate un infléchissement beaucoup plus marqué de la courbe des Portugaises par rapport à celle des Espagnoles et ceci tout en tenant compte du moins grand nombre des femmes Portugaises.

Nb. de
cas

TEMPS DE TRAVAIL DES PRIMIPARES



Au total on constate donc que les femmes nées dans la Péninsule Ibérique ont, lors de leur premier accouchement, un travail obstétrical dont la durée est, le plus souvent, normale, bien qu'un peu plus longue pour les Espagnoles par rapport aux Portugaises.

Cependant si la flèche de plus grande fréquence se situe dans les normes classiques, on constate qu'un fort pourcentage de femmes ont un accouchement long, et cela d'autant plus souvent, que, comme nous le verrons, elles ont été perfusées.

Ce pourcentage d'accouchements longs est surtout plus important chez les femmes espagnoles puisque 36,5% d'entre elles ont un travail de plus de 10 heures contre 22,5% seulement de portugaises.

Il semble que le plus grand nombre de primipares âgées relevé chez les Espagnoles explique en partie ce résultat.

INTERVENTION OBSTETRICALE DANS LES PRESENTATIONS DU SOMMET CHEZ LA PRIMIPARE.

Parmi les 269 accouchements de primipares, 262 furent des présentations du sommet

- 168 Espagnoles
- 94 Portugaises

A/ Emploi de la perfusion d'ocytociques :

L'utilisation de la post hypophyse ou du Syntocinon s'est révélée très utile au cours du travail, pour corriger une dystocie dynamique, comme au cours de l'expulsion en raison d'efforts expulsifs insuffisants ou inefficaces.

Ainsi, 80 parturientes Espagnoles sur 168, soit un pourcentage de 47% ont bénéficié d'une telle thérapeutique.

Chez les parturientes Portugaises on relève le chiffre de 30 cas sur 94 soit 32%.

Ces chiffres sont relativement importants en pratique hospitalière et confirment la fréquence des anomalies dynamiques au cours de l'accouchement.

B/ Emploi du Forceps

Là encore, on relève des chiffres assez importants, d'autant plus qu'il ne s'agit ici que de forceps de descente ou de rotation et non d'expulsion pratiqués à la vulve.

- 15 forceps pour 168 accouchements, soit 9% chez les Espagnoles.
- 14 forceps pour 94 accouchements, soit 15% chez les Portugaises.

INTERVENTION CHIRURGICALE : LA CESARIENNE

Parmi les 500 accouchements étudiés et quelle que soit la parité, 41 ont nécessité une extraction de l'enfant par voie haute.

Les indications opératoires ont été les suivantes :

PARTURIENTES ESPAGNOLES

N°	NOM	AGE	PARITE	INDICATION OPERATOIRE	POIDS
1	Mme H . . .	24	I	Bassin limite, dystocie dynamique	2.800
2	Mme E . . .	21	I	Bassin rétréci transversalement	2.870
3	Mme B . . .	25	I	Bassin généralement rétréci	2.780
4	Mme M . . .	34	II	Césarienne itérative pour bassin généralement rétréci	4.000
5	Mme M . . .	30	II	Césarienne itérative (1ère césarienne pour dystocie cervicale)	3.560
6	Mme C . . .	43	I	Présentation de l'épaule	2.660
7	Mme V . . .	33	I	Bassin généralement rétréci (taille : 1,50 m.)	3.150
8	Mme C . . .	25	I	Bassin généralement rétréci (taille : 1,45 m.)	3.220
9	Mme S . . .	24	I	Bassin limite, taille : 1,50 m. Toxémie Gros fœtus en siège	4.020
10	Mme P . . .	33	I	Disproportion foeto-pelvienne Echec de l'épreuve du travail	3.880
11	Mme P . . .	24	I	Césarienne systématique chez une diabétique au terme de 34 semaines	3.450
12	Mme O . . .	37	III	Césarienne systématique pour : - Diabète - Insuffisance hormonale - Deux enfants morts-nés au terme de huit mois	2.760
13	Mme R . . .	31	III	Dystocie dynamique Souffrance foetale	3.220
14	Mme P . . .	40	I	Césarienne systématique pour : - Age - Toxémie - Oestriol bas	3.780
15	Mme O . . .	23	II	Césarienne itérative pour disproportion foeto-pelvienne	4.120
16	Mme J . . .	23	I	Bassin généralement rétréci	3.810
17	Mme C . . .	36	V	Césarienne systématique pour antécédents de rupture utérine	3.570
18	Mme F . . .	29	I	Césarienne avec ligature des trompes pour affection médicale : Myopathie	3.040
19	Mme S . . .	26	I	B.G.R., échec de l'épreuve du travail	3.180
20	Mme P . . .	24	I	Bassin transversalement rétréci. Taille : 1,50 m. Echec de l'épreuve du travail.	3.520
21	Mme F . . .	37	II	Disproportion foeto-pelvienne. Premier accouchement prématuré à six mois	4.080

N°	NOM	AGE	PARITE	INDICATION OPERATOIRE	POIDS
22	Mme S . . .	31	II	B.G.R. (Promonto-rétro-pubien : 7 cm. Taille : 1,32 m.	3.250
23	Mme P . . .	20	I	Bassin transversalement rétréci. Taille : 1,51 m Echec de l'épreuve du travail	3.510
24	Mme R . . .	24	I	Bassin de double luxation congénitale des hanches. Pelvimétrie : P.R.P. : 11,5 cm Transverse médian : 11,7 cm Bi-ischiatique : 11,6 cm Distance coxo-pubienne	3.870
25	Mme D . . .	34	I	B.G.R. : Indice de Magnin : 21,6 cm P.R.P. : 10,1 cm Transverse médian : 11,5 cm Bi-ischiatique : 10,2 cm	3.120
26	Mme G . . .	29	I	B.G.R. Echec de l'épreuve du travail	3.550
27	Mme L . . .	34	II	Césarienne itérative pour dystocie dynamique Première césarienne pour souffrance foetale	2.870
28	Mme M . . .	26	I	B.G.R. et aplati : P.R.P. : 9 cm Transverse médian : 11,5 cm Bi-épineux : 10,2 cm Indice de Magnin : 20,5 cm Sacrum plat.	3.000

PARTURIENTES PORTUGAISES

N°	NOM	AGE	PARITE	INDICATION OPERATOIRE	POIDS
29	Mme M. . .	26	II	Césarienne itérative pour B.G.R. P.R.P. : 10,3 cm Transverse médian : 11,5 cm Bi-ischiatique : 11 cm	3.690
30	Mme D. . .	23	III	Césarienne itérative pour B.G.R.	2.710
31	Mme D. . .	41	X	Césarienne avec ligature des trompes pour gros enfants	4.470
32	Mme P. . .	24	I	B.G.R., échec de l'épreuve du travail	3.100
33	Mme S. . .	32	IV	Souffrance foetale et présentation du siège	2.780
34	Mme C. . .	24	I	Bassin généralement rétréci et aplati Echec de l'épreuve du travail. Pelvimétrie : P.R.P. : 9 cm Transverse médian : 11,7 cm Bi-ischiatique : 11 cm	3.600
35	Mme G. . .	41	XIII	Césarienne avec ligature des trompes	3.680
36	Mme A. . .	26	II	Procidence du cordon	3.540
37	Mme R. . .	24	II	Césarienne itérative pour B.G.R.	2.850
38	Mme M. . .	38	I	Primipare âgée, ayant dans ses antécédents 7 avortements spontanés	3.010
39	Mme F. . .	24	I	B.G.R. échec de l'épreuve du travail	3.360
40	Mme I. . .	24	I	Bassin limite et souffrance foetale	2.720
41	Mme E. . .	38	I	B.G.R. et canaliculé	3.120
42	Mme D. . .	30	II	Césarienne itérative pour B.G.R.	3.300

Conclusion statistique de l'étude de ces 41 dossiers de femmes césariées :

- Sur 500 accouchements : 8,2% de césariennes.

- Chez les femmes Espagnoles :

* 27 césariennes sur 314 accouchements, soit 8,6%

* 19 primipares sur 172, soit 11%

dont :

- 7% pour bassin pathologique.

- 1,7% pour disproportion foeto-pelvienne.

- 2,3% pour autre indication.

* 8 multipares sur 142, soit 5,6%

- Chez les femmes Portugaises :

* 14 césariennes sur 186 accouchements, soit 7,5%

* 6 primipares sur 97 soit, 6%

dont :

- 5% pour bassin pathologique.

- 1% pour autre indication.

* 8 multipares sur 89, soit 9%

Ces pourcentages sont relativement élevés, d'autant plus qu'ils ont été obtenus dans des Services où l'obstétrique par voie basse est très appréciée.

Le nombre élevé de césariennes semble justifié par la fréquence des anomalies de la ceinture pelvienne chez ces femmes d'origine ibérique.

ETUDE DES BASSINS

Outre les femmes présentant une anomalie du bassin ayant justifié une césarienne, on a relevé parmi nos 500 dossiers les observations suivantes :

— Mme M 2ème pare espagnole de 29 ans

1er accouchement au terme de 7 mois 1/2

B.G.R. : P.R.P. $\approx$ 10 cm.

Transverse médian $\approx$ 11,5 cm.

Accouchement au terme de 8 mois après épreuve du travail réussie.

Enfant de 2.780 grs

— Mme C 1 pare espagnole de 30 ans

Bassin : faux promontoire

sacrum en hameçon.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2 après perfusion d'ocytociques.

Enfant de 2.910 grs

— Mme M 1 pare espagnole de 29 ans

B.G.R. (Indice de Magnin $\approx$ 21,8 cm)

Accouchement à terme après épreuve du travail.

Enfant de 2.880 grs

— Mme G 1 pare espagnole de 20 ans

Bassin limite.

Accouchement à terme après épreuve du travail.

Enfant de 2.960 grs

— Mme P 1 pare portugaise de 24 ans

B.G.R. et taille $\approx$ 1,48

Accouchement à 8 mois 1/2 après E.T.

Enfant de 2.740 grs.

— Mme C 1 pare espagnole de 24 ans

B.G.R. état pré-toxémique.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2 après perfusion d'ocytociques et forceps de Suzor pour arrêt de progression de la tête dans l'excavation.

Enfant de 2.630 grs.

— Mme D 1 pare portugaise de 27 ans

Bassin limite.

Accouchement à terme après perfusion d'ocytociques et forceps de Tarnier.

Enfant de 3.100 grs

— Mme P 1 pare portugaise de 25 ans
Bassin limite.

Accouchement à terme après épreuve du travail réussie.

Enfant de 3.060 grs.

L'étude de ces 8 dossiers de femmes porteuses d'anomalies pelviennes, mais ayant accouché par voie basse et celle des dossiers des femmes césarisées, permet de tirer quelques conclusions en ce qui concerne la perméabilité des bassins ibériques.

Chez les parturientes espagnoles on relève les anomalies suivantes :

- 13 bassins généralement rétrécis.
- 3 bassins transversalement rétrécis.
- 1 bassin de luxation bilatérale des hanches.
- 3 bassins jugés limites.
- 1 bassin aplati avec faux promontoire et sacrum en hameçon.

Soit un pourcentage global de 6,67% (21 pour 314) et si l'on exclue les 3 bassins limites, une proportion d'anomalies pelviennes franches de 5,7%.

En ce qui concerne les femmes portugaises, les chiffres sont les suivants :

- 9 bassins généralement rétrécis.
- 3 bassins limites.

Soit comme précédemment un pourcentage global de 6,45%, réduit à 4,8% si l'on se limite aux bassins franchement pathologiques.

On sait l'influence importante que peuvent avoir certains facteurs nutritionnels et sociaux sur les phénomènes d'ossification en général, et donc en particuliers sur la morphologie du pelvis qui nous intéresse.

L'importance, notamment, de l'apport protidique, du calcium et de la vitamine D dans le modelage du bassin, est fondamentale. Le rachitisme étant l'étape extrême d'une pathologie souvent moins apparente, mais dont le retentissement sur la forme du bassin n'en est pas moins important.

La grande prédominance des bassins généralement rétrécis et transversalement rétrécis s'accorde avec l'existence d'un rachitisme ancien, plus ou moins latent, chez ces femmes dont l'enfance s'est déroulé dans des pays à niveau de vie très bas.

En effet, ces parturientes, pour lesquelles on note une modification des mensurations de la ceinture pelvienne, ont une moyenne d'âge de 27 ans. La majorité d'entre elles sont âgées de 25 à 35 ans, ce qui, compte tenu du fait que les dossiers étudiés correspondent à des accouchements survenus entre 1968 et 1970, montre qu'elles sont nées entre 1935 et 1945.

Il est évident que, en Espagne en particuliers, cette période de guerre et d'après guerre civile, véritable catastrophe économique et sociale, fut responsable d'un très bas niveau de vie.

Nous accouchons actuellement les femmes nées pendant cette période troublée, élevées dans un pays pauvre, en pleine croissance squelettique.

Si l'ensoleillement méditerranéen put alors compenser en partie un manque de vitamine D, il n'en reste pas moins que l'alimentation des enfants de cette époque était insuffisante quant à l'apport calcique, et encore plus quant à l'apport protidique.

La croissance, et la morphologie du bassin de ces femmes en furent donc profondément affectées.

Influence de la taille sur les anomalies pelviennes :

Sur les 500 femmes étudiées, 32 mesuraient moins de 1,50 m. : la parturiente la plus petite mesurant même 1,32 m.

Parmi les parturientes espagnoles, 26 étaient ainsi de petite taille, soit un pourcentage de 8,2%. Parmi ces 26 femmes, 7 avaient un bassin généralement rétréci (27%) mais 5 seulement ont été césarisées. Les autres femmes ont accouché par voie basse d'enfants dont le poids a parfois atteint 4.000 grs.

Sur les 6 portugaises mesurant moins d'un mètre cinquante, soit 3,2% aucune ne présentait d'anomalie pelvienne et aucune n'a été césarisée.

Au total, on note une influence très modérée de la taille sur les anomalies pelviennes, la morphologie de ces femmes leur permettant souvent d'accoucher par voie basse d'enfants de poids normal.

LES PRESENTATIONS

Sur les 500 accouchements, on a enregistré :

- 12 sièges, soit 2,4%.
- 3 gemellaires, soit 0,6%.
- 1 présentation transverse.
- Aucune présentation de la face.
- Aucune présentation du front.
- 484 présentations du sommet.

L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

59 accouchements sur les 500 étudiés sont survenus prématurément, c'est-à-dire entre 6 et 8 mois de gestation, soit 11,8%.

A/ Parturientes espagnoles :

- 24 accouchements prématurés : 7,5%
 - 11 à moins de 8 mois : 3,5%
 - 13 à 8 mois : 4%
- Causes retrouvées :
 - Toxémie gravidique : 20%
 - Diabète : 10%
 - Pyélonéphrite : 5%
 - Gemellité : 5%
 - Causes idiopathiques . : 60%

B/ Parturientes portugaises :

- 35 accouchements prématurés : 18,8%
 - 13 à moins de 8 mois : 7%
 - 22 à 8 mois : 11,8%

Ces chiffres, comparés aux 7 à 8% d'accouchements prématurés chez les parturientes françaises, montrent une différence très nette entre les espagnoles et les portugaises.

On note en effet un pourcentage d'accouchement prématuré qui est chez les femmes portugaises plus du double de ce qu'il est chez les espagnoles. Cette différence n'a trouvé de notre part aucune explication.

MORTALITE PERI—NATALE

Sur nos 500 accouchements, 10 ont donné naissance à un enfant mort, ou dont la durée de vie n'a pas excédé 24 heures.

Les causes retrouvées ont été les suivantes :

- Hématome rétro-placentaire	: 2
- Toxémie gravidique.	: 2
- Placenta praévia	: 1
- Eclampsie	: 1
- Grossesse gémellaire.	: 1
- Siège prématuré	: 1
- Enfant de petit poids (1,230 grs).	: 1
- Malformation cardiaque	: 1

Au total, le pourcentage d'enfants morts-nés a pour cause dans un cas sur deux la maladie gravidique.

POIDS DES ENFANTS A TERME

Les courbes graphiques ci-après, inspirées de la courbe de Gauss, montrent une différence de 200 grs en faveur des enfants nés de mère portugaise par rapport à ceux nés de mère espagnole.

PROBLEME DE L'ALLAITEMENT

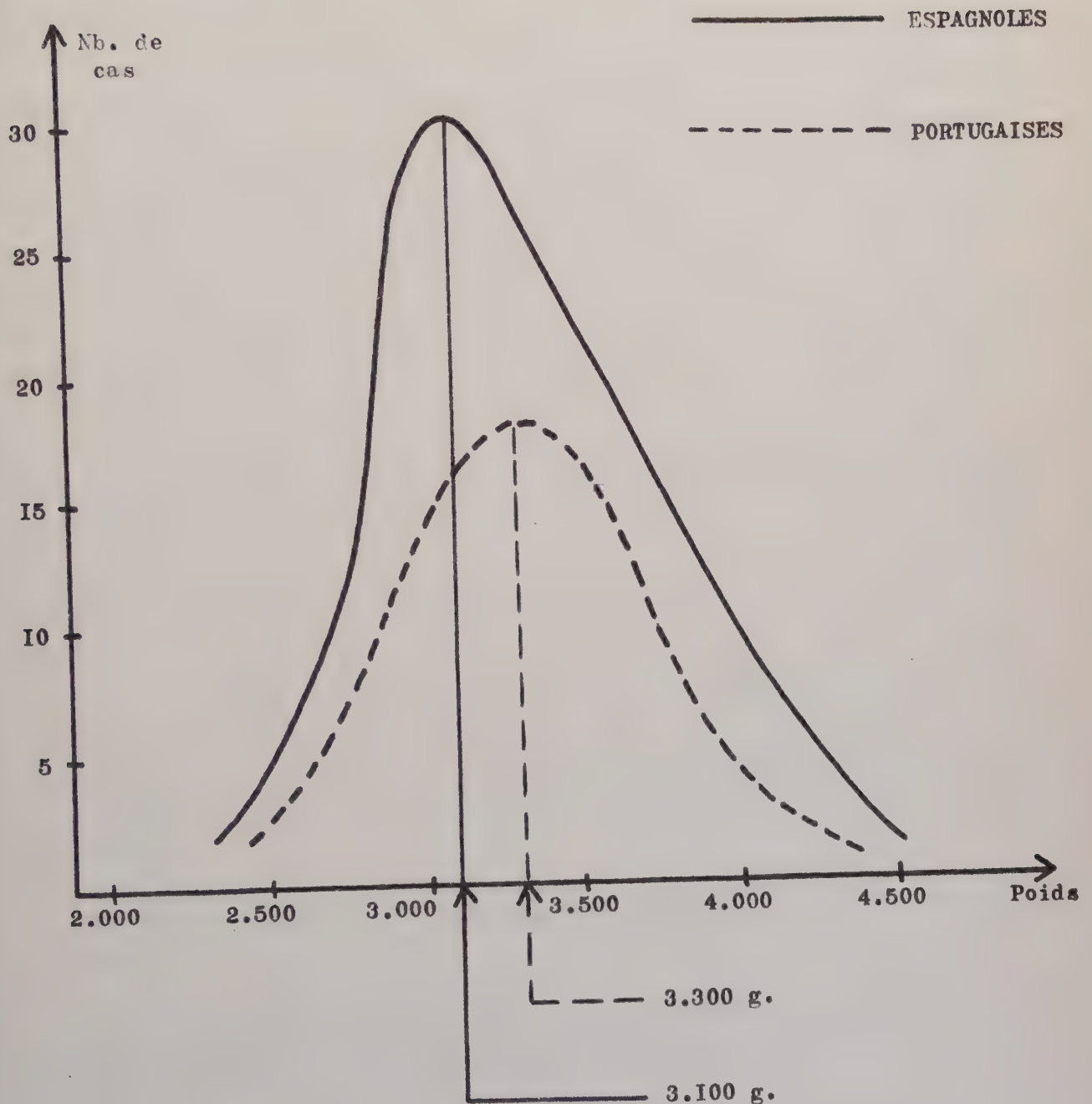
Sur les 490 enfants vivants, certains ont été transférés dans des centres de prématuration, cependant on a considéré comme élevés au sein ceux pour lesquels le lait tiré artificiellement à la mère a pu être utilisé pour leur élevage.

On a ainsi noté :

- 212 allaitements au sein, soit	: 43,2%
- 60 allaitements mixtes, soit	: 12,2%
- 218 allaitement artificiels soit	: 44,6%

Compte tenu que les allaitements mixtes étaient généralement dûs à une hypogalactie, on constate une nette prédominance de l'allaitement maternel chez les femmes nées dans la Péninsule Ibérique.

POIDS DES ENFANTS A TERME



— C O N C L U S I O N S —

L'étude de 500 dossiers d'accouchements concernant des femmes nées dans la Péninsule Ibérique, transplantées plus ou moins récemment dans notre pays, nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

1/ Le fait que ces femmes n'acceptent que rarement les règles hygiéno-diététiques qui leur sont proposées, favorise considérablement l'apparition de signes pré-toxémiques.

2/ L'origine méditerranéenne de ces parturientes est souvent responsable d'une exagération des phénomènes douloureux, d'autant plus qu'elles négligent toute préparation psycho-prophylactique. Les problèmes linguistiques qui se posent parfois ne sont pas faits pour faciliter les relations entre l'accoucheur et la femme en travail.

3/ Il existe, en particulier chez les Espagnoles, un pourcentage relativement élevé de primipares âgées. Cet état de fait semble responsable d'une longueur parfois excessive du travail obstétrical.

4/ L'emploi, de la perfusion d'ocytociques et l'utilisation du forceps se sont révélés particulièrement utiles pour corriger la dystocie dynamique et l'inefficacité des efforts expulsifs qui sont souvent rencontrés lors de ces accouchements.

5/ La place de la césarienne dans l'accouchement de ces 500 femmes est très importante puisqu'environ une femme sur douze fut opérée.

6/ Les anomalies de la ceinture pelvienne sont en grande partie responsables de la fréquence des accouchements par voie haute. En effet, on peut estimer que parmi ces parturientes, une sur vingt possède un bassin franchement pathologique. Les conditions nutritionnelles au cours de l'enfance, dans un pays alors d'une extrême pauvreté, semblent responsables de troubles de l'ossification dont le retentissement sur le bassin de ces femmes est manifeste.

On notera que la taille n'influe que très modérément sur la perméabilité de ces bassins.

7/ La fréquence des accouchements prématurés, en particulier chez les Portugaises (près de 20% d'accouchements à huit mois ou moins), semble très en rapport avec l'importance de la maladie gravidique dans ces populations.

BIBLIOGRAPHIE

- ALICINO R. et SCARPELLINI L. — Sur l'influence des divers facteurs (ambiance, rang social, culture) sur l'évolution de l'accouchement de primipares. - Clin. Ost. Gin., jan. 1963, 65 N 1, 3-11 (Bibliogr.) (Résumé franç.).
- BENE R. — Augmentation des risques de dystocie chez les émigrées récentes. - Gynéc. Obst., sept.-oct. 1966, 65 N 4, 533-536.
- COSTA-SACADURA et SAAVEDRA A. — Quelle est la meilleure position de la parturiente. (Aspect ethnographique et obstétrical). - Rev. Gin. Obst., fév. 1957, 100 N 2, 259-270.
- GIRARD J. — Accidents périnataux comparés des femmes transplantées vivant dans les quartiers insalubres et les bidonvilles de Saint-Denis - Thèse Paris, 1968, N 571, 30 pages.
- LOEW D. et SCHRANK P. — Rapport sur 7000 accouchements des étrangères. - Zbl. Gyn. 8 jan. 1966, 88 N 1-2, 23-31 (Bibliogr.).
- NAROLL F. NAROLL R. et HOWARD F.H. — Position des femmes au cours de l'accouchement. (Etude portant sur 76 sociétés, la plupart primitives). Am. J. Obst. Gyn. oct. 1961, 82 N 4, 943-954 (Bibliogr.).
- NEWTON N. — Sur certains aspects de l'accouchement dans les peuplades primitives. Vie méd., 1965, N spéc., 91-102.
- RIMBACH R. — Grossesse et accouchement chez les étrangères (aux allemands). Arch. f. Gyn., 1967, 204 N 2/3, 293-295.
- STOCKHAMMER H. — Etudes comparatives des complications obstétricales chez les femmes indigènes, suisses et étrangères des pays méridionaux - Praxis, 29 juil. 1969, 58 N 30, 949-953 (Bibliogr.) (Résumé franç.).

